

Hospitais SNS

Contrato-Programa 2009

Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos

ANEXOS

Administração Central do Sistema de Saúde
Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização

Lisboa, Dezembro de 2008



Ministério da Saúde



Administração Central
do Sistema de Saúde, IP

Índice

ANEXOS	2
Anexo I	2
Modalidade de Pagamento para a Infecção VIH/Sida - 2009	2
Anexo II	7
Registos Oncológicos Regionais (ROR) – 2009	7
Anexo III	13
Diagnóstico Pré-Natal - 2009	13
Anexo IV	18
Interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (I.G.) - 2009	18
Anexo V	22
Gestão Integrada da Doença Renal Crónica – Diálise - 2009	22
Anexo VI	30
Doenças Cardiovasculares – 2009	30
Anexo VII	35
Formação de Internato Médico - 2009	35
Anexo VIII	36
Cuidados Continuados – 2009	36
Anexo IX	39
Tabela de Preços – 2009	39
Tabela de Preços – 2009 (continuação)	40



ANEXOS

Anexo I

Modalidade de Pagamento para a Infecção VIH/Sida - 2009

Objectivo

Esta modalidade de pagamento, tem por objectivo assegurar o acesso ao melhor tratamento disponível, de acordo com o estado da arte, a todas as pessoas infectadas por VIH, através da promoção de medidas activas de adesão à terapêutica e de qualidade de cuidados, no quadro da efectiva implementação e operacionalização de um modelo de gestão integrada da doença e, é sustentada no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010.

Enquadramento

Em Portugal estima-se que existem cerca de 32.000 indivíduos infectados (19.000-53.000). Não se conhece a dimensão das infecções por diagnosticar e o número de indivíduos a necessitar de terapêutica anti-retrovírica.

Como reflecte o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010, *em Portugal, ao contrário dos restantes países desenvolvidos, a incidência de SIDA e a mortalidade associada à infecção permaneceram essencialmente estáveis, apesar do acesso generalizado aos esquemas terapêuticos combinados, questionando a eficiência e efectividade do processo.* No contexto da Região Europeia da OMS (53 Países), Portugal apresenta a segunda maior incidência de infecção VIH (251,1 casos por 1.000.000), e a maior incidência de SIDA (79,5 casos por 1.000.000). Adicionalmente, a infecção VIH/Sida constitui a mais representativa causa de morte no País entre os 30 e 39 anos. Entre 1988 e 2005 morreram cerca de 12.674 pessoas por doenças associadas à infecção VIH/Sida.

Em 2005, de 75 unidades hospitalares analisadas, 46 forneciam antiretrovíricos a cerca de 18.679 doentes. Ao analisarmos, por quartis, o número de doentes em tratamento, verificamos que os hospitais dos dois quartis inferiores tratavam menos de 132 doentes, inclusive; os hospitais do quartil superior acompanhavam mais de 543 doentes em



terapêutica. Cerca de 43,5% (20/46) dos hospitais forneciam medicamentos a menos de 100 doentes. Por região de saúde, 60,4% dos doentes eram acompanhados em Lisboa e Vale do Tejo, 27,5% no Norte, 7,1% no Centro, 4,3% no Algarve, e apenas 0,8% no Alentejo.

Também em 2005, a despesa com internamento atingiu 25.681.487,00€, correspondendo a 4.372 episódios de internamento.

Entre 2004 e 2006, os encargos financeiros dos hospitais com anti-retrovíricos aumentaram em 45,9%, 87.544.337,00€ e 127.704.205,00€, respectivamente. A despesa, prevista para 2007, atinge os 142.391.150,45€.

A infecção pelo VIH/Sida, pelos elevados custos sociais e económicos associados e pela eficácia que a acção pública pode ter na mitigação dos seus efeitos e consequentemente desses custos, é um dos domínios prioritários do Plano Nacional de Saúde e do Programa do XVII Governo Constitucional.

Considerando que, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é responsável pela prestação de cuidados de saúde em todas as fases da história da doença e a todos os indivíduos infectados pelo VIH e, a inexistência de um modelo explícito de financiamento das unidades de saúde que seguem estes doentes em ambulatório, a Unidade Operacional da Contratualização e Financiamento e a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida desenvolveram, para o contrato-programa 2007, uma modalidade experimental de pagamento adicional dos cuidados prestados, em ambulatório, aos doentes com infecção VIH que iniciam pela primeira vez terapêutica com anti-retrovíricos.

A explicitação do modelo de financiamento da prestação de cuidados em ambulatório permite:

- Aumentar a transparência e rigor do modelo, responsabilizando o prestador de cuidados e o financiador;
- Aumentar a racionalização da prestação de cuidados, garantindo expressamente a sua qualidade, equidade e acessibilidade;
- Fortalecer a capacidade negocial das unidades hospitalares, visto possibilitar o planeamento e orçamentação da prestação de cuidados.



Âmbito

O ritmo de novos conhecimentos no tratamento da infecção VIH/sida é crescente, exigindo às instituições e aos médicos um maior grau de dedicação. Kitahata *et al.* (2000), sugerem que os clínicos com maior experiência oferecem tratamento de melhor qualidade aos seus doentes. Tem sido sugerido que, hospitais com menos doentes têm menor capacidade para fornecer estes serviços, limitando a capacidade de coordenação e apoio entre serviços. Solomon *et al.* (2005) relatam que os serviços com mais de 100 doentes prestam cuidados de melhor qualidade.

Em termos de internamento, Cunningham *et al.* (1999), observaram uma maior mortalidade (equivalente a mais 4 mortes em 100) em hospitais com menos de 229 episódios de altas/ano. A análise da gravidade da doença, existência de comorbilidades, sexo e idade, não explicaram este diferencial.

Adicionalmente, o efeito escala tem um elevado impacto na redução de custos: unidades com mais de 500 doentes apresentam um custo/doente inferior (Bozzette *et al.*, 2001).

A conjugação destes múltiplos factores tem levado à formação de equipas multidisciplinares, com resultados positivos na adesão terapêutica (Walsh & Sherr, 2002). A gestão de caso tem sido utilizada como parte integral da prestação, aumentando a coordenação dos serviços existentes e melhorando a satisfação e qualidade de vida das pessoas que vivem com a infecção, através de cuidados de saúde individualizados. Os serviços que têm optado pela gestão de caso têm conseguido grandes benefícios na redução da despesa e do número de hospitalizações, aportando coerência ao sistema de saúde (Sowell & Grier, 1995; Le *et al.*, 1998; Feldman *et al.*, 1999; Reis, 1999; Singer *et al.*, 1999; Katz *et al.*, 2001; Parry *et al.*, 2004).

Assim, para o ano de 2009, mantém-se a lista de hospitais admitida nos anos de 2007 e 2008, representando cerca de 90% dos doentes em tratamento.

Admite-se a inclusão de unidades hospitalares ou associações colaborativas de unidades hospitalares que perfaçam mais de 400 doentes em tratamento. Por associações colaborativas, entende-se as unidades hospitalares que:



1. Determinem um único responsável clínico para a prestação de cuidados a doentes infectados pelo VIH;
2. Possuam registo único para a infecção VIH;
3. Desenvolvam consultas descentralizadas de proximidade;
4. Pratiquem compra centralizada de medicamento antiretrovíricos.

Adicionalmente, poderão as unidades desenvolver parcerias formais para a gestão de caso com outras unidades de saúde (e.g. estruturas do Instituto da Droga e da Toxicodependência, Unidades de Saúde Familiar, Agrupamentos de Centros de Saúde), nomeadamente para a detecção precoce e referência da doença, no acompanhamento clínico e, na dispensa de medicamentos. Simultaneamente, poderá ser equacionado o recurso à telemedicina desde que integrada no processo produtivo das instituições envolvidas, potenciando assim, o acompanhamento do doente à distância e facilitando o seu acesso aos cuidados.

Pressupostos

No âmbito do contrato-programa para 2009, a modalidade de pagamento mantém os mesmos pressupostos de inclusão de doentes, sendo apenas elegíveis doentes declarados ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis - Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge e que cumpram um dos seguintes critérios:

- (1) Doentes sintomáticos: doença definidora de SIDA;
- (2) Doentes com contagens de células CD4+ <350 cél. CD4+/mm³;
- (3) Doentes com contagens de células CD4+ > 350 cél. CD4+/mm³ e cumulativamente Carga Vírica > 100.000 cópias VIH-1 RNA/ml;
- (4) Situações clínicas especificamente justificadas, como a gravidez, poderão ser alvo de pagamento.

Mantêm-se os mesmos pressupostos de financiamento, monitorização e indicadores constantes na Circular Normativa N.º 6/ 2007 da ACSS:

“Número de doentes que não levanta terapêutica na data prevista sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa”



“Número de doentes que faltam a duas consultas hospitalares sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa ”

“Número de doentes que mantém cargas víricas indetectáveis após 6 meses de início da TAR sobre o total de doentes em terapêutica há mais de 6 meses para o período em causa.”

Os doentes incluídos na modalidade durante o ano de 2007 e 2008, transitam para 2009.

O valor a pagar por doente que inicia terapêutica baseia-se no estado da arte (recomendações terapêuticas) e é de 920€/mês.

O nº de doentes a facturar mensalmente, deverá ser indicado pelo Director Clínico do Hospital.



Anexo II

Registos Oncológicos Regionais (ROR) – 2009

Objectivo

Garantir, através do processo de contratualização, a disponibilização dos meios necessários para que os registos de cancro de base populacional tenham capacidade de produzir, interpretar e utilizar informação robusta relativamente aos diferentes indicadores de carga de doença oncológica, em tempo oportuno, contribuindo para avaliar e informar esforços de prevenção e de planeamento.

Enquadramento

Os três registos oncológicos regionais (ROR) permitem a cobertura de praticamente todo o território nacional, do que resultam oportunidades de produção e utilização de informação que não seria possível com estruturas de registo menos abrangentes, mas essencialmente a obrigação de definir objectivos mais ambiciosos que a mera produção dos indicadores mais elementares de uma forma mecânica.

A utilização dos ROR como ferramentas de gestão ou como instrumentos de apoio a actividades de investigação nas suas diversas vertentes não se coaduna com a falta de exaustividade e as limitações em termos de qualidade condicionam enormemente a interpretação e utilização dos dados produzidos.

Reconhecendo a importância dos ROR nas actividades de vigilância epidemiológica do cancro a nível nacional, em 2008 foi efectuada a contratualização da actividade dos ROR, tendo sido definidos objectivos que globalmente visavam a demonstração da melhoria da exaustividade e qualidade do registo, a rentabilização dos recursos materiais e humanos e a promoção da visibilidade da actividade de registo entre os envolvidos no processo. Constata-se, contudo, que não houve estrita vinculação aos objectivos específicos consignados aquando da contratualização, persistindo uma larga



margem de progressão, em particular no que diz respeito à melhoria da exaustividade e qualidade do registo e à colaboração dos ROR no sentido da melhoria substantiva da qualidade e utilização da informação produzida.

Âmbito

Contratualização do funcionamento e operacionalização das alterações a efectuar nos ROR com os três Centros do Instituto Português de Oncologia responsáveis pela gestão dos ROR. As verbas disponibilizadas para os ROR desejavelmente deveriam ser geridas directamente por estes.

Pressupostos

Reconhecendo a importância dos ROR nas actividades de vigilância epidemiológica do cancro a nível nacional, torna-se essencial a disponibilização dos meios necessários para que a colheita de dados sobre doentes oncológicos e respectiva análise e interpretação sejam orientadas de forma que os ROR se caracterizem por:

- Elevados níveis de exaustividade no registo, com classificação correcta dos casos relativamente à topografia, histologia, estágio e tratamentos efectuados, para além da caracterização sociodemográfica, e seguimento dos doentes ao longo da vida;
- Avaliação regular do desempenho das actividades de registo, efectuada internamente e por entidades externas;
- Flexibilidade dos procedimentos e instrumentos de registo para incorporar a recolha de dados suplementares no âmbito de avaliações específicas, designadamente relacionadas com o apoio à avaliação da efectividade dos tratamentos;
- Produção, análise e interpretação de indicadores da carga de doença oncológica e a respectiva publicação a nível nacional e internacional;
- Capacidade para medir a actividade em oncologia de cada instituição. Facultar aos hospitais e centros de saúde o acesso à informação sobre doentes que a eles recorrem, constituindo-se como um instrumento de utilidade clínica e ferramenta de gestão;
- Capacidade para apoiar os programas de rastreio de cancro na monitorização e avaliação das actividades de rastreio, nomeadamente através do fornecimento atempado de informação válida;



- Disponibilidade para apoiar actividades de investigação promovidas por entidades externas e para integrar projectos de investigação.

O desenvolvimento dos ROR nos termos acima definidos constitui-se essencialmente como um desafio técnico, e não meramente administrativo, que dependerá, entre outros factores, da existência de uma equipa estável e com competência técnica adequada, cuja constituição deverá ser assegurada pelo financiamento atribuído no âmbito desta contratualização. Deste modo, sem prejuízo da adequação às especificidades de cada ROR, poderá considerar-se como estrutura básica indispensável ao normal funcionamento do registo uma equipa correspondente a 4 a 5 elementos em tempo integral, que deverá incluir um epidemiologista, um estatístico, e dois a três elementos com competências para o desempenho de funções técnicas no âmbito das actividades do registo e apoio secretarial.

Sem prejuízo da autonomia de cada ROR relativamente às opções de natureza técnica efectuadas e da estratégia geral para a obtenção de um registo oncológico de elevada qualidade, a colaboração entre os três ROR é considerada indispensável para optimização do uso de recursos (*e.g.* plataforma de recolha de dados, produção de relatórios), de modo a harmonizar procedimentos (*e.g.* formação conjunta, reuniões para discussão das actividades desenvolvidas em cada registo, garantia da comparabilidade dos dados) e a aumentar a exaustividade e validade dos registos efectuados em cada um dos ROR (*e.g.* partilha de informação sobre casos, ligação entre as plataformas de recolha de informação). A promoção da colaboração de qualidade entre os ROR constitui-se como um elemento essencial de uma estratégia geral de melhoria de qualidade dos registos oncológicos.

Esta proposta de contratualização reflecte a prioridade dada pela CNDO à actividade de registo oncológico, nomeadamente pelo seu interesse estratégico, mas a adequação das opções efectuadas neste contexto carece de validação, pelo que não poderá deixar de estar vinculada ao cumprimento de objectivos que reflectam inequivocamente uma melhoria da actual situação em termos de registo oncológico. Deste modo, para além dos indicadores definidos em documento anexo, a exaustividade e qualidade da informação produzida pelos registos serão alvo de avaliação e tomadas em consideração na definição do financiamento a atribuir em anos seguintes.



Financiamento

Em 2008 a actividade dos ROR foi contratualizada por 750.000 € (300.000 € atribuídos ao ROR-Sul, 300.000 € atribuídos ao RORENO, 150.000€ atribuídos ao ROR-Centro).

Para 2009, propõe-se a manutenção da verba a atribuir aos ROR, distribuída com base em critérios distintos. Deste modo, propõe-se a atribuição de 100.000 € a cada registo, e a distribuição de 450.000 € pelos três registos de forma proporcional ao número de casos de cancro diagnosticados em 2008 (excluindo cancro da pele não melanoma) registados até final de 2009.

Esta proposta de distribuição baseia-se nos seguintes pressupostos:

- o normal funcionamento e acompanhamento da actividade de um registo oncológico exige um conjunto de recursos que não deverá variar substancialmente entre os ROR, dada a relativa homogeneidade do contexto português, atribuindo-se uma verba semelhante a cada ROR para este efeito;
- o custo associado ao registo de cada caso dependerá de factores que variam entre os ROR (*e.g.* número de casos registados, número e natureza das instituições envolvidas no fornecimento de dados para o registo, estratégia de recolha de informação em cada ROR), pelo que a atribuição de um mesmo valor por cada caso registado se deverá traduzir em esforços conducentes a uma maior eficiência no registo;
- o valor atribuído por cada caso registado não deve ser entendido como o custo estimado de cada registo, nomeadamente tendo em consideração que dada a natureza dinâmica do processo de registo não é expectável que num prazo estipulado estejam registados todos os casos referente ao ano usado como referência, constituindo-se apenas como um instrumento para distribuição dos recursos indexado à actividade de cada registo.

Indicadores

Os departamentos de contratualização das regiões de saúde monitorizarão a actividade dos ROR através de relatórios trimestrais fornecidos pelas Comissões Oncológicas Regionais (COR), com informação quantitativa e qualitativa da actividade de registo,



dos Centros Regionais de Oncologia, do trimestre anterior. A consecução dos objectivos definidos no Quadro 1 deverá também ser monitorizada através de informação a fornecer pelas COR.

Os meios humanos e técnicos actualmente disponíveis em cada um dos ROR deverão ser ajustados aos objectivos a atingir e aos prazos estipulados para a sua consecução. No quadro 1 são descritos objectivos específicos a alcançar até 2009, sendo definidas responsabilidades e indicados os prazos/periodicidade para a sua consecução, a ajustar no final de 2009.



Quadro 1. Objectivos dos ROR para o período 2007-2010, com definição dos responsáveis por cada actividade e prazo-limite para a respectiva conclusão.

Objectivos	Responsável	Data
1. Auditorias internas	Cada um dos ROR individualmente	Periodicidade a definir por cada ROR
2. Auditorias externas	Promoção pela CC-IPO	Deverá ser efectuada uma auditoria externa no primeiro semestre de 2009.
3. Reuniões técnicas conjuntas	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Trimestralmente
4. Produção de manuais para o registo a seguir pelos três ROR	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Revisão semestral em 2009
5. Formação conjunta do <i>staff</i> dos três ROR	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Revisão anual após 2009
6. Produção de indicadores de desempenho, para cada instituição com actividade em oncologia, no âmbito da actividade oncológica e do registo dos casos de cancro	Cada um dos ROR individualmente	Semestralmente em 2009
7. Publicação dos dados de incidência, e respectivos indicadores de qualidade, de âmbito nacional, incluindo comparações entre regiões	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	A partir do início do 2º semestre de 2009, deverão ser disponibilizados trimestralmente os indicadores referentes ao trimestre anterior
8. Publicação de projecções de incidência de âmbito nacional	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Até Dezembro de 2009, utilizando dados registados até pelo menos 5 anos antes
9. Publicação dos dados de incidência e indicadores de qualidade no “Cancer Incidence in Five Continents”, da IARC	Cada um dos ROR individualmente	Até Dezembro de 2009
		Prazos definidos pela IARC

Anexo III

Diagnóstico Pré-Natal - 2009

Objectivo

Garantir, através do processo de contratualização, a consolidação do Programa Nacional de Diagnóstico Pré-Natal (DPN) através da melhoria do acesso e da qualidade da componente de ecografia obstétrica.

Fundamentação

Nos últimos anos verificaram-se mudanças significativas na área da saúde materna e infantil em Portugal, que se traduziram, entre outras, na diminuição da mortalidade perinatal e infantil por causas evitáveis, assumindo as anomalias congénitas maior relevo para os serviços e para a própria sociedade, representando no final da década de 90, a 2ª causa de morte naqueles grupos etários.

Nesse contexto, foi estabelecido e regulamentado, através dos Despachos Ministeriais 5411/97 e 10324/99 o Programa Nacional de Diagnóstico Pré-Natal (DPN), que, entendido como o conjunto de procedimentos com o objectivo de avaliar se um embrião ou feto é portador de uma determinada anomalia congénita, tem vindo a constituir-se num componente essencial da prestação de cuidados de saúde pré-natais nas Instituições da Rede de Referência Materno-Infantil, como pode ser constatado através das sucessivas avaliações dessa actividade, realizadas pela DGS (disponíveis no site). Por outro lado, o *estudo epidemiológico dos óbitos no período perinatal alargado* evidencia, desde 2003, uma redução dos óbitos por anomalias congénitas, que ocupam, agora, o 4º lugar entre as causas de morte perinatal e infantil.

No âmbito do DPN, a ecografia obstétrica é uma técnica imprescindível cujo rápido aperfeiçoamento, na última década, induziu mesmo a criação de novas áreas de especialização como a medicina fetal, a cardiologia e a nefrologia fetais. Com o desenvolvimento e a “universalização” desta técnica, tem sido sentida a necessidade de a mesma ter de obedecer a critérios que permitam garantir, minimamente, a qualidade dos exames, pelo que foram publicados instrumentos normativos que definem o tipo de

equipamento necessário, o modelo de relatórios ecográficos a serem utilizados pelas unidades de ecografia e realizados cursos de aperfeiçoamento em ecografia fetal para médicos do SNS.

O processo de contratualização procura potenciar alguns aspectos positivos já identificados e garantir o cumprimento das prioridades estratégicas definidas para esta área:

- no Plano Nacional de Saúde é afirmado “dar-se-á prioridade ao programa de DPN de forma a alcançar um número crescente de grávidas e prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez”;
- no mesmo documento afirma-se ser necessário “desenvolver uma estratégia de integração efectiva dos diversos níveis de cuidados” e que “será privilegiada uma organização em *clusters* dos recursos complementares a prestação dos cuidados existentes que permita ganhos de acessibilidade, eficiência e efectividade para o sistema”;
- a estrutura da Rede de Referenciação Materno - Infantil está solidamente implantada e é efectiva a articulação entre os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP e HAPDiferenciados) e os Centros de Saúde da sua área;
- o período de estabelecimento de novos modelos de organização e gestão dos hospitais e dos cuidados primários em que nos encontramos, cria um ambiente propício à introdução de formas inovadoras de complementaridade na prestação de cuidados;
- as medidas propostas contribuem para a rentabilização do equipamento instalado na rede pública, para a redução da despesa com exames (obrigatórios na vigilância pré-natal) actualmente realizados no sistema convencionado e para a manutenção dos recursos financeiros dentro do próprio SNS;
- as medidas propostas representam um forte contributo para a integração e continuidade de cuidados e promovem a equidade no acesso a cuidados de qualidade;
- existe alguma experiência já em curso e com resultados muito satisfatórios em termos de ganhos em saúde.

Âmbito

Contratualização com os serviços de obstetrícia para a realização de ecografia obstétrica às grávidas seguidas nos CS que constituem a Unidade Coordenadora Funcional (UCF), nas seguintes condições:

- Ecografia do 1º trimestre conjugada com rastreio bioquímico do 1º T – 11-14 semanas de gestação, e/ou
- Ecografia do 2º trimestre conjugada com consulta de risco obstétrico – 18- 22 semanas de gestação

Os critérios de inclusão que têm de ser satisfeitos pelos hospitais aderentes são:

- Possuir sistema de informação de tratamento e análise de imagem ecográfica.
- Possuir um terminal com o sistema de informação tratamento e análise de imagem ecográfica, no laboratório do Hospital (Protocolo I). O rastreio bioquímico deve ser feito, preferencialmente, no próprio hospital.
- Ter ecografista com formação específica acreditado pela *Fetal Medicine Foundation*, ou ter competência em ecografia obstétrica pela Ordem dos Médicos, ou ter curso de aperfeiçoamento em ecografia fetal organizado pela DGS.
- Disponibilizar agenda no Sonho, ou sistema similar, para marcações dos Centros de Saúde com quem estão articulados.
- Garantir articulação entre os sistemas de informação, nomeadamente, Sonho - Astraia ou equivalente. A não existência de articulação entre o SI de suporte ao ecógrafo e o SI do Hospital, poderá ser ultrapassada com a existência de um terminal no Bloco de Partos e a respectiva licença de utilização que permitindo aceder ao SI do ecógrafo, permite o registo do acto (encerramento do caso) substituindo a necessidade de interface entre as aplicações informáticas.

O Hospital, dentro do número de protocolos disponibilizados, irá receber todas as grávidas de um Centro de Saúde (em condições de serem protocoladas), só passando a articular com um segundo Centro de Saúde quando o primeiro estiver totalmente coberto, e assim sucessivamente.

Os critérios de inclusão que têm de ser satisfeitos pelos Centros de Saúde são:

- Considerar no protocolo apenas as grávidas seguidas totalmente no Centro de Saúde (CS). Excluem-se deste grupo as grávidas que utilizam os serviços apenas para solicitar exames ao CS.
- Garantir que todas as grávidas são introduzidas atempadamente nos protocolos (actuação proactiva).

Pressupostos

- A articulação entre os Hospitais aderentes e os Centros de Saúde deve ser feita com a participação das Unidades Coordenadoras Funcionais.
- O hospital deve garantir a consulta de obstetrícia para avaliação do risco às 22 semanas.
- O resultado do rastreio bioquímico tem de ser combinado com o resultado da imagem ecográfica.
- Existe articulação com a neonatologia para garantir os indicadores qualitativos.
- 20% da receita obtida pelo hospital reverte para as unidades de ecografia com a finalidade de gerar receita que possibilite a renovação do equipamento e actualização dos recursos humanos, incentivando assim a produtividade.

Indicadores

- Nº de grávidas que seguiram o protocolo 1/total de grávidas seguidas no CS
- Nº de grávidas que seguiram protocolo 2/total de grávidas seguidas no CS
- Nº de grávidas que efectuaram protocolo 1 e 2/total de grávidas seguidas no CS
- Nº de grávidas que não entraram no protocolo /total de grávidas seguidas no CS
- Nº de fetos com anomalias diagnosticadas/total de grávidas do protocolo
- Nº de anomalias detectadas, confirmadas pós-parto ou pós-IVG/nº total de anomalias diagnosticadas
- Nº de Recém-Nascidos com anomalias detectadas no pós-parto cujas mães cumpriram o protocolo/ total de grávidas do protocolo

- Grau de satisfação das utentes que integraram o protocolo (inquérito na altura da alta pós-parto)

Preços

- Protocolo I – 41,80 € (inclui ecografia do 1º trimestre e o rastreio bioquímico)
- Protocolo II – 71,60 € (inclui a ecografia do 2º trimestre e a consulta hospitalar)

Anexo IV

Interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (I.G.) - 2009

Objectivo

Assumir a responsabilidade financeira pelo processo de interrupção da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório.

Enquadramento

O hospital de apoio perinatal ou de apoio perinatal diferenciado é responsável, do ponto de vista financeiro, pelo processo de interrupção da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório, independentemente de poder contratualizar parte ou a totalidade dos serviços com outras entidades.

Nestes casos, ficará aquele hospital responsável pelos fluxos financeiros inerentes ao pagamento dessa prestação de serviços. Nas situações em que houver lugar à facturação entre instituições do Serviço Nacional de Saúde, serão aplicados como valores de referência os constantes do Anexo III da Portaria n° 132/2009 de 30 de Janeiro, na falta de protocolo ou contrato de prestação de serviços.

Procedimentos

Para a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, devem os hospitais criar uma consulta de especialidade com designação diferenciada das demais, registando todas as consultas realizadas à mulher para efeitos de interrupção da gravidez.

No caso da interrupção medicamentosa da gravidez até às 10 semanas de gestação, na consulta que corresponder à administração do Mifepristone à mulher (Circular Normativa n° 9/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35200 - I.G. medicamentosa em ambulatório, de acordo com a Portaria n°132/2009 de 30 de Janeiro.

No caso da interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação, quando for realizado o procedimento de aspiração por vácuo (Circular Normativa n° 10/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35205 - I.G. cirúrgica em ambulatório, de acordo com a Portaria n°132/2009 de 30 de Janeiro.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via cirúrgica, fica concluído aquando da realização do procedimento cirúrgico.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via medicamentosa fica concluído aquando da consulta de follow-up (Circular Normativa nº 9/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde).

Na ausência desta consulta, por não comparência da mulher, deve o hospital dar por concluído o episódio de interrupção de gravidez até às 10 semanas aquando última consulta realizada no âmbito do mesmo episódio.

Metodologia

A definição dos preços compreensivos para I.G. medicamentosa e para I.G. cirúrgica em ambulatório teve por base as normas definidas pela Direcção-Geral da Saúde publicadas em Circulares Normativas e os preços estabelecidos para GDH e actos em ambulatório na 132/2009 de 30 de Janeiro.

A opção pela definição de um preço compreensivo prende-se com o facto de se entender que esta forma de financiamento, ao englobar e pressupor a realização de todos os actos, medicamentos e dispositivos considerados nos protocolos para I.G. até às 10 semanas de gestação definidos pela Direcção-Geral da Saúde, é ela própria um mecanismo de garantia do cumprimento desses protocolos.

A forma de operacionalização do pagamento por preço compreensivo deverá estar associada ao registo no formulário electrónico que suporta a Declaração Obrigatória à Direcção-Geral da Saúde e possuir os mecanismos que impeçam a duplicação de facturação.

Por outro lado, salienta-se que este preço, no que respeita às intervenções/actos posteriores à I.G. relacionados com a contracepção e planeamento familiar, contempla a colocação de implante ou outro método adequado.

Preços

O preço compreensivo proposto é de **341,00€**, para a I.G. medicamentosa em ambulatório e de **444,00€** para a I.G. cirúrgica em ambulatório.

O preço proposto para a I.G. cirúrgica em ambulatório é inferior ao preço em vigor para o GDH 381 em ambulatório (931,56€), situação que está associada ao facto de se considerar que o método de I.G. agora proposto é efectuado em situações de menor risco ou complexidade.

Facturação

A facturação da interrupção medicamentosa da gravidez será efectuada por código 35200 - IG, ao preço previsto na 132/2009 de 30 de Janeiro, não havendo lugar à facturação independente de consultas, actos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção medicamentosa da gravidez.

A facturação da interrupção cirúrgica da gravidez será efectuada por código 35205 - IG, ao preço previsto na Portaria nº132/2009 de 30 de Janeiro, não havendo lugar à facturação independente de consultas, actos, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção cirúrgica da gravidez.

Caso a interrupção da gravidez até às 10 semanas, por qualquer das vias, dê lugar ao internamento da mulher, a facturação do episódio de interrupção da gravidez processa-se por GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5º e 6º da Portaria nº132/2009 de 30 de Janeiro.

Nestes casos, o hospital deverá proceder à anulação dos códigos de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (35200 ou 35205), não havendo lugar à facturação de quaisquer consultas, actos, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção da gravidez que originou o internamento.

O disposto no parágrafo anterior aplica-se ainda às situações de readmissão da mulher, no internamento, num período de setenta e duas horas a contar da realização da última consulta de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação.

No caso da interrupção da gravidez após as 10 semanas de gestação, a facturação processa-se por GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5º, 6º e 18º da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro.

Na interrupção da gravidez após as 10 semanas de gestação efectuada em ambulatório, o registo, codificação e facturação seguem as regras gerais aplicáveis aos GDH de ambulatório.

Na interrupção medicamentosa da gravidez após as 10 semanas de gestação em ambulatório (GDH 380 – Aborto sem dilatação e curetagem), no SONHO, ou sistema informático equivalente, há que registar o adequado Diagnóstico Principal associado ao código 00005, Administração de Mifepristone, correspondente ao código 99.99 da CID – 9 – MC.

20% da receita obtida pelo hospital deve reverter para o Serviço/Unidade com a finalidade de gerar receita que possibilite a renovação do equipamento e actualização dos recursos humanos, incentivando assim a produtividade.

Anexo V

Gestão Integrada da Doença Renal Crónica – Diálise - 2009

Objectivo

Esta modalidade de pagamento tem por objectivo assegurar o acesso ao melhor tratamento disponível para os doentes com insuficiência renal crónica que necessitam de efectuar terapêuticas de substituição da função renal, de acordo com o estado da arte e no respeito pelas boas práticas e pela segurança do doente, no quadro da efectiva implementação e operacionalização de um modelo de gestão integrada da doença.

Fundamentação

A definição do modelo de financiamento “Pagamento por preço compreensivo”, que constitui uma aproximação ao modelo de pagamento pelo resultados (P4P), e a sua associação à gestão de uma doença crónica, segue a tendência internacional e deve-se ao facto destas doenças afectarem uma “fatia” cada vez maior de população, incluindo os grupos etários mais jovens e de assumirem um papel cada vez mais relevante no consumo dos recursos de saúde.

Além disso, o objectivo de associação do modelo de financiamento “Pagamento por preço compreensivo” ao modelo de Gestão Integrada de Doença, aplicado à insuficiência renal crónica, é de que este funcione como uma alavanca para ultrapassar alguns dos constrangimentos e problemas dos actuais modelos de organização dos cuidados e de financiamento associados às doenças crónicas, destacando-se de entre eles:

- Financiamento ao acto desligado dos resultados;
- Deficiências no controlo de custos e de actividade;
- Relações de mercado pouco claras para os vários intervenientes;
- Integração insuficiente de cuidados com reflexos na qualidade dos serviços prestados;
- Ausência de informação sistematizada e coerente tanto a nível clínico como económico-financeiro.

O preço compreensivo estabelecido resulta de um trabalho conjunto de estudo e consensualização desenvolvido ao longo do ano de 2007 pelo Grupo de Trabalho da

Direcção-Geral da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde com um conjunto alargado de parceiros, nomeadamente a Comissão Nacional de Diálise e a Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Este preço engloba as componentes Sessões de Diálise, Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, relativas ao tratamento hemodialítico e às intercorrências que, frequentemente, podem surgir no decurso do respectivo tratamento e que são passíveis de serem corrigidas nas Unidades de Diálise.

Todavia, este modelo de financiamento, ao agregar um conjunto de componentes não é inibitório do expectável investimento contínuo em novas terapias que venham, inevitavelmente, a surgir, uma vez que na sua definição, mais do que a monitorização da quantidade de actos/procedimentos/medicamentos efectuados, o que importa garantir é o acompanhamento e a monitorização dos resultados dessas actividades.

O desenvolvimento do sistema de informação de gestão da doença renal crónica, no âmbito da implementação do modelo gestão integrada da doença, permite acompanhar resultados e monitorizar a qualidade dos cuidados prestados, fornecer informação sobre todos os aspectos relevantes relacionados com os tratamentos e com a evolução da doença, constituindo-se, assim, com o instrumento essencial para a aplicação do preço compreensivo.

Por outro lado, passa a ser obrigatório para todos os hospitais e entidades convencionadas de diálise, registar todos os actos, procedimentos, medicamentos e exames relativos a cada doente no “sistema de informação”, com respeito pelas regras deontológicas, pelo segredo profissional e pela protecção dos dados pessoais, de forma a garantir a monitorização, acompanhamento e avaliação dos resultados dessas actividades.

Neste sentido, foram estabelecidas metas e objectivos com implicações directas no pagamento dos serviços e na manutenção do contrato.

Pressupostos

Assim, esta modalidade assenta nos seguintes pressupostos:

- Os doentes com doença renal crónica têm acesso garantido aos cuidados de saúde de que necessitem;

- Os cuidados de saúde serão prestados de forma integrada, com vista a aumentar a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes;
- Os cuidados de saúde são prestados de acordo com elevados padrões de qualidade, efectividade e eficiência técnica;
- Os instrumentos de monitorização serão actualizados, com recurso ao sistema de informação de gestão da insuficiência renal crónica, assente na plataforma de gestão integrada da doença da Direcção-Geral da Saúde, de modo a permitirem a disponibilização de informação útil e atempada;
- Os doentes terão um papel activo no processo de gestão da sua doença;
- É fixado um montante financeiro compreensivo global por doente para um determinado período de tempo – a semana;
- É estabelecida uma relação directa e explícita entre financiamento e cumprimento dos parâmetros de serviços, em concordância com as metas e objectivos fixados.

Âmbito

Os preços agora estabelecidos aplicam-se ao universo de todos os doentes insuficientes renais crónicos referenciados, cuja terapêutica de substituição da função renal seja efectuada nas modalidades de hemodiálise convencional e técnicas afins e de diálise peritoneal, não podendo ser adoptados quaisquer critérios clínicos de exclusão de doentes por parte dos hospitais.

Estes preços aplicam-se apenas aos doentes com insuficiência renal crónica integrados em programa de ambulatório programado na unidade de diálise do hospital.

Obrigações

1. Os hospitais obrigam-se a:

- Desenvolver a sua actividade garantindo a humanização e qualidade dos serviços prestados, bem como a segurança dos doentes, aferidas através de indicadores definidos no Manual de Boas Práticas em Hemodiálise publicado em Diário da República, actualizados sempre que a evidência científica o aconselhe;
- Permitir aos organismos do Ministério da Saúde, através do seu sistema de informação de gestão da doença renal crónica, o acesso aos elementos relativos a

cada doente necessários à gestão integrada da doença, no respeito pelas regras deontológicas e do segredo profissional;

- Prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento e a não estabelecer qualquer tipo de discriminação;
- Disponibilizar toda a informação necessária e prestar toda a colaboração na realização de inspecções e auditorias efectuadas pelos organismos do Ministério da Saúde.

2. O não cumprimento das obrigações referidas implica a suspensão dos pagamentos.

3. Os organismos do Ministério da Saúde obrigam-se a:

- Efectuar o pagamento dos cuidados de saúde prestados, de acordo com o disposto na Circular Normativa da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., relativa às regras de facturação e pagamentos;
- Monitorizar, acompanhar e avaliar os cuidados de saúde prestados;
- Divulgar junto dos hospitais os resultados das inspecções e auditorias realizadas pelos organismos do Ministério da Saúde.

Modalidade do Preço

- O preço compreensivo referido, abrange todos os encargos relativos às sessões de diálise, ao acompanhamento médico dos doentes, ao controlo e avaliação, aos exames, às análises e aos medicamentos necessários ao tratamento da insuficiência renal crónica, bem como às intercorrências passíveis de serem corrigidas, no âmbito da gestão clínica de caso.
- Os elementos integrantes das componentes do preço que serviram de referência ao cálculo do preço compreensivo serão revistos sempre que a evidência científica o aconselhe, sendo a sua divulgação assegurada pela Direcção-Geral da Saúde, através de Circular Informativa.
- Os indicadores de monitorização de resultados constarão de Circular Normativa, a emitir pela Direcção-Geral da Saúde, após audição das estruturas profissionais e técnicas neste âmbito, a qual poderá ser revista, anualmente e sempre que a evidência científica o aconselhe.

Preço

Mantém-se o preço fixado de 547,94€/doente/semana no Contrato-Programa de 2008 e que vigora desde 1 de Janeiro de 2008.

Metas e Objectivos para Monitorização de Resultados em Diálise

Todas as Unidades de Diálise (públicas e privadas) que prestam cuidados a doentes em diálise, estão vinculadas ao cumprimento das seguintes metas e objectivos de resultado:

Metas	Valor de Referência
1. Controlo de Anemia	
a. % de doentes com Hemoglobina (média) ≥ 10 gr/dl e ≤ 13 gr/dl	$\geq 70\%$
b. % de doentes com Ferritina (média) ≥ 200 mg/ml e ≤ 800 mg/ml	$\geq 80\%$
2. Osteodistrofia renal	
a. % de doentes com fósforo (média) $\geq 3,5$ e $\leq 5,5$ mg/dl	$\geq 50\%$
3. Dose de diálise	
a. % de doentes com 3 sessões de diálise/semanais	$> 90\%$
b. % de doentes com um total de horas de diálise/semanais ≥ 12 horas	$> 90\%$
c. % de doentes com e KT/V da Ureia ≥ 1.2 (doentes com pelo menos 3 sessões de diálise semanal)	$> 75\%$
4. Qualidade da Água para Hemodiálise	
a. N.º de ensaios laboratoriais que cumprem o padrão de qualidade/n.º total de ensaios	$\geq 90\%$
5. Internamento	
a. \sum (Nº internamentos)/Total doentes seguidos na unidade)	≤ 1 i/doente/ano
6. Mortalidade	
a. \sum (Nº mortes ocorridas)/Total doentes seguidos na unidade)	≤ 20 % ano

Objectivos	Valor de Referência
1. Nutrição	
a. % de doentes com Albumina ≥ 4 gr/dl (Método Elisa)	$\geq 60\%$
2. Internamento	
b. N.º de dias de internamento/doente/ano (fórmula presente no Manual de Boas Práticas)	≤ 15 dias /doente/ano

As metas e os objectivos, acima mencionadas, tendem a reflectir as orientações de boa prática, quer nacionais, quer internacionais, na área dos cuidados nefrológicos ao doente em hemodiálise, sendo que as primeiras servirão de suporte à monitorização contratual e os segundos constituem marcos a atingir e a contratualizar no futuro.

No processo de gestão integrada da doença o doente deverá ser considerado um parceiro activo na gestão da evolução da sua própria doença devendo para tal ser pró-activamente capacitado/empoderado pelos cuidadores e co-responsabilizado pela sua adesão aos regimes terapêuticos e adequação dos seus estilos de vida.

Metodologia de monitorização

1 - Atendendo a que no Manual de Boas Práticas de Hemodiálise¹ está contemplado um conjunto de indicadores de monitorização da qualidade, que nos termos da Lei têm de ser cumpridos pelas unidades de diálise, são estabelecidos 3 níveis de alerta de correcção das metas, para a monitorização de resultados, a aferir semestralmente a partir de relatório produzido pelo Sistema de Informação de Gestão Integrada da Doença Renal Crónica:

1.º nível de alerta – no âmbito do processo de monitorização, a unidade de diálise é notificada pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), se alguma das metas não for cumprida, com vista à justificação técnica do desvio verificado e correcção/normalização da(s) meta(s) em causa.

2º nível de alerta - Caso a justificação técnica do desvio verificado não seja aceite pela DGS, esta notifica a entidade convencionada dessa decisão, para que no prazo de 6 meses, a contar da notificação, possa proceder à correcção e normalização da(s) meta(s) em causa, com a advertência de que, caso o não faça, decorrido aquele prazo, haverá lugar à suspensão dos pagamentos;

3º nível de alerta - no âmbito do processo de acompanhamento, passados 6 meses se a situação não estiver corrigida, a DGS notifica a Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público (ACSS) para suspender de imediato o pagamento.

¹ Despacho n.º 14 391/2001 (2ª série) publicado no Diário da República N.º 158, II Série de 10 de Julho de 2001.

2 – Findo este prazo, caso a unidade de diálise não proceda à correcção e normalização da(s) meta(s) em causa, a DGS solicitará à Inspecção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) uma auditoria/inspecção decorrendo daí as sanções que resultarem dos processos instaurados.

3 - Caso ocorra a suspensão dos pagamentos, a ACSS só pode retomá-los e pagar o valor correspondente aos meses em que vigorou a suspensão, após notificação da DGS, no mês seguinte àquele em que a unidade de diálise tenha corrigido e normalizado a(s) meta(s) em causa.

Anexo VI

Doenças Cardiovasculares – 2009

1. As doenças cardiovasculares (doença isquémica do coração e acidente vascular cerebral) são a primeira causa de mortalidade em Portugal.

A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares definiu como sua acção prioritária a melhoria da organização dos cuidados de saúde nas fases agudas das duas situações: **enfarte agudo do miocárdio (EAM)** e **acidente vascular cerebral (AVC)**. O factor tempo é fundamental para a redução da mortalidade, tanto por EAM como por AVC, estando demonstrados benefícios reais nesta redução de mortalidade se o tratamento for efectuado nas primeiras 3 horas desde o início dos sintomas.

Sob a designação global de **Vias Verdes (VV)**, pretende-se alertar a população para os sintomas e sinais precoces de EAM e de AVC, de modo a accionar, através do 112, as VV respectivas da responsabilidade do INEM e que deverão conduzir os doentes para os Hospitais mais adequados (por possuírem Unidades Coronárias e de AVC) para o diagnóstico e tratamento das duas situações agudas (VV pré-hospitalares).

No caso de o doente procurar o Hospital pelos seus próprios meios, deve este Hospital organizar o seu Serviço de Urgência para o diagnóstico rápido de EAM (ECG) e de AVC (TAC CE) e criar “corredores” expeditos para o tratamento adequado nas respectivas Unidades Coronária ou de Intervenção Coronária Percutânea no caso do EAM e Unidade de AVC no caso do AVC (VV intra-hospitalares). Este princípio aplica-se aos Hospitais com Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e Médico-cirúrgica (SUMC). No caso dos Hospitais com Serviços de Urgência Básica (SUB) a actuação é semelhante à dos Centros de Saúde ou do próprio cidadão, devendo ser accionado o 112.

2. A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares elaborou Recomendações (Guidelines) sobre o diagnóstico e tratamento da fase aguda do

EAM e do AVC que foram largamente difundidas por todos os médicos e instituições de saúde desde Abril de 2007.

3. A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares elaborou folhetos, cartazes e outros meios de difusão, da mensagem do Factor Tempo com os sintomas e sinais precoces de EAM e de AVC para a população. As campanhas populacionais iniciaram-se em Agosto na ARS do Algarve, em Outubro na ARS do Alentejo e em Dezembro para as ARS do Norte e Centro.
4. A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares criou o **Registo Nacional das Doenças Cardiovasculares** para todos os casos de EAM e de AVC internados nas respectivas Unidades Hospitalares. Pretende-se um Registo contínuo, com parâmetros que permitam avaliar a aderência às Recomendações, em termos de tempos e de tipo de tratamento e o conhecimento atempado da incidência e mortalidade hospitalar das duas situações referidas. Os Registos permitem, igualmente, saber se na altura da alta hospitalar, no caso dos sobreviventes, foram prescritos conselhos de estilos de vida (cessação tabágica, por exemplo) e as terapêuticas estabelecidas para prevenção secundária. A ARS do Algarve já iniciou o registo dos casos de EAM e de AVC internados na Unidade do Hospital de Faro esperando-se que todas as Unidades Hospitalares registem esta actividade à medida que forem sendo divulgadas as VV nas restantes ARS.
5. O preenchimento do **Registo Nacional das Doenças Cardiovasculares** é obrigatório nos Hospitais incluídos nos Pontos de Rede de Urgência Cardiovascular (Anexo para as VV de EAM e de AVC), actualmente na maioria dos Hospitais com SUP e SUMC mas no futuro aplicável a todos eles.

Para além do preenchimento do Registo Nacional das Doenças Cardiovasculares, os **tratamentos** adequados para o EAM e para o AVC devem na realidade ser efectuados:

- angioplastia primária nas primeiras 12 horas de início de sintomas de EAM
- trombólise endovenosa nas primeiras 3 horas de início de sintomas de EAM
- trombólise endovenosa nas primeiras 3 horas de início de sinais de AVC

6. Os doentes admitidos com os diagnósticos considerados devem ser objecto de **follow-up**, aos 6 ou aos 12 meses. Dado que no Registo não é identificado o doente (de acordo

com as regras de protecção de dados) este follow-up só poderá ser efectuado pelo Hospital ou respectiva Unidade de tratamento.

7. É importante que seja identificado em cada instituição um responsável pelo Registo Nacional das Doenças Cardiovasculares ou um interlocutor que facilite a comunicação e a transmissão de informação.

ANEXO	VV EAM	VV AVC
ARS NORTE - SU Polivalente		
H. S. João		
CH Porto (H. Sto. António)		
H. S. Marcos (Braga)		
CH Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Real)		
CH Vila Nova de Gaia / Espinho (Gaia)		
ARS NORTE - SU Médico-Cirúrgico		
CH Alto Ave (Guimarães)		
CH Tâmega e Sousa (Vale de Sousa)		
ULS Matosinhos		
CH Alto Minho (Viana do Castelo)		
CH Nordeste (Bragança)		
CH Nordeste (Mirandela)		
CH Médio Ave (Vila Nova de Famalicão)		
CH T-os-M e AD (Chaves)		
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde (Póvoa)		
H. S. Sebastião (Vila da Feira)		
ARS CENTRO - SU Polivalente		
H.U.C.		
C.H.C. (Covões)		
H. S. Teotónio (Viseu)	Nota 1	Nota2
ARS CENTRO - SU Médico-Cirúrgico		
H. Infante D. Pedro (Aveiro)	Nota 3	Nota 4
H. Amato Lusitano (Castelo Branco)	Nota 5	Nota 6
H. Sousa Martins (Guarda)	Nota 7	Nota 8
CH Cova da Beira (Covilhã)	Nota 9	Nota 10
H. Sto. André (Leiria)	Nota 11	Nota 12
H. Figueira da Foz		Nota 13
ARS LVT - SU Polivalente		
H. Santa Maria		
CH Lisboa Centro (H.S.José, H.Sta. Marta)		
CH Lisboa Ocidental (H.Sta.Cruz, H.S.F. Xavier)		
H. Garcia de Orta		
ARS LVT - SU Médico-Cirúrgico		
H. Fernando da Fonseca		
H. Curry Cabral		
CH Setúbal (H. S. Bernardo)		
H. Santarém		
H. Reynaldo dos Santos (Vila Franca de Xira)		
H. N. Sra. Rosário (Barreiro)		
H. Cascais		
H. Torres Vedras		
CH Médio Tejo (H. Abrantes, H. Torres Novas)		
CH Caldas da Rainha		

ANEXO	VV EAM	VV AVC
ARS ALENTEJO - SU Polivalente		
H. do Espírito Santo (Évora)		
ARS ALENTEJO - SU Médico-Cirúrgico		
CH Baixo Alentejo (Beja)		
H. Dr. José Maria Grande - Portalegre		
H. Litoral Alentejano		
ARS ALGARVE - SU Polivalente		
H. Faro		
ARS ALGARVE - SU Médico-Cirúrgico		
CH Barlavento Algarvio		

Notas da ARS Centro:

Nota 1- Desde Janeiro que já faz angioplastia 24 horas, todos os dias da semana

Nota 2- Via Verde AVC a funcionar por enquanto em horário parcial, com conhecimento do CODU/INEM

Nota 3- Não efectua angioplastia, apenas trombólise, 24 horas todos os dias

Nota 4- Via Verde AVC a funcionar em horário parcial até Julho, com conhecimento do CODU/INEM. Encerrou para obras em Julho, e irá reiniciar funções em 1 de Novembro, em princípio 24h todos os dias, com conhecimento do CODU/INEM

Nota 5- Não efectua angioplastia, apenas trombólise, 24 horas todos os dias

Nota 6- Via Verde AVC já a funcionar 24 sobre 24 horas, embora ainda não esteja totalmente equipada, mas garantindo os serviços mínimos adequados, com conhecimento do CODU/INEM

Nota 7- Não efectua angioplastia, apenas trombólise, 24 horas todos os dias

Nota 8- Ainda está em fase de equipamento e instalação da UAVC, devendo ter início o seu funcionamento até final do corrente ano

Nota 9- Não efectua angioplastia, apenas trombólise, 24 horas todos os dias

Nota 10- Via Verde AVC a funcionar 24 horas todos os dias, com conhecimento do CODU/INEM

Nota 11- Não efectua angioplastia, apenas trombólise, 24 horas todos os dias

Nota 12- Via Verde AVC a funcionar em horário parcial das 8 às 23 horas, todos os dias, situação que poderá passar a 24 horas por dia assim que houver apoio da Imagiologia. Com conhecimento do CODU/INEM

Nota13- Tem UAVC básico, e poderia passar a tipo 2 no caso de dispor de TAC

Anexo VII

Formação de Internato Médico - 2009

Na sequência da criação de uma linha de financiamento para a formação e investigação no contrato-programa 2007-2009 e do determinado na metodologia aprovada para 2007, foi previsto um valor a atribuir aos hospitais, de acordo com o número de internos conferidos em função das suas capacidades formativas.

Estudos efectuados, apontam para a cobertura da despesa com o ano comum, que no ano de 2009, será de 40.045.380,97€, procurando-se que progressivamente os anos subsequentes, sejam também eles alvo de uma comparticipação evolutiva, que acompanhará a sua gradual autonomia profissional e a sua maior participação activa na produção, toda ela já objecto de facturação individualizada. Assim, os valores a atribuir serão os seguintes:

Valores a atribuir

Internato	Rem. Base Anual	% da Rem. Base anual	N.º internos	Valor €
1.º Ano (ano comum)	21.311,92 €	100%		€
2.º Ano (vagas normais)	24.971,66 €	50%		€
2.º Ano (vagas protocoladas)	24.971,66 €	100%	150	€
		----		€

Os valores a pagar aos hospitais serão objecto de facturação, com apresentação de lista nominal, desenvolvida por ano de internato.

Anexo VIII

Cuidados Continuados – 2009

1. Objectivo

No âmbito do princípio do acesso dos utentes do SNS a cuidados de Saúde adequados à sua situação que fomente, nomeadamente, ambientes facilitadores das actividades de vida diária, bem como da promoção da sustentabilidade financeira do SNS, através do uso eficiente dos recursos disponíveis, o Hospital deverá desenvolver uma adequada articulação com a RNCCI.

2. Âmbito de aplicação

Entidades do SNS que integrem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e que prestem cuidados de saúde em Unidades de Convalescença e/ou Unidades de Cuidados Paliativos (cfr. Artigos 13.º e 19.º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 06 de Junho).

A integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados requer a existência prévia de inclusão em proposta de planeamento regional das respostas necessárias, tendo em vista o reconhecimento por parte da UMCCI.

Utentes admitidos

No caso de existir, no Hospital, uma unidade de convalescença ou de paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, os utentes provenientes deste Hospital podem ter prioridade no acesso àquela unidade, sem prejuízo do cumprimento dos critérios e fluxos de referenciação através da Equipa Coordenadora Local, a quem compete a decisão de admissão na unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

3. O que contratualizar?

Os cuidados de saúde a prestar nas unidades de internamento tipificadas nos anexos 1 e 2, que tenham como destinatários utentes cuja entidade financeira responsável seja o SNS e, conforme o acordo celebrado para a unidade de internamento.

Os cuidados de saúde a contratuar são expressos em diárias de internamento remuneradas em conformidade com os preços fixados na Portaria nº 1087-A/2007, de 5 de Setembro, e em valores diários de encargos com medicamentos, realização de MCDT e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão em conformidade com os valores fixados na Portaria nº 189/2008, de 19 de Fevereiro.

4. Monitorização

Sem prejuízo da necessidade de um conjunto mais alargado de indicadores, designadamente os indispensáveis à caracterização dos utentes da RNCCI, a monitorizar no contexto da própria Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, é definido o seguinte conjunto mínimo, que serão disponibilizados pela UMCCI:

Área	Indicador	Obs
Acesso	Tempo de espera (dias) das referências efectuadas segundo a tipologia	Aplicável ao conjunto dos Hospitais com Equipa(s) de Gestão de Altas, e não apenas àqueles em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº de referências efectuadas segundo a tipologia RNCCI	Aplicável ao conjunto dos Hospitais com Equipa(s) de Gestão de Altas, e não apenas àqueles em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
Actividade e Rendimento	Nº admissões	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº doentes tratados	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº doentes saídos	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Taxa de ocupação	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Demora média (dias)	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº doentes tratados por cama	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº doentes saídos por cama	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
Adequação	Nº admissões / Nº total de episódios de internamento de longa duração e de evolução prolongada	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº total de referências efectuadas / Nº total de episódios de internamento de longa duração e de evolução prolongada	Aplicável ao conjunto dos Hospitais com Equipa(s) de Gestão de Altas, e não apenas àqueles em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº de altas por transferência para Hospital ou Unidade de Agudos	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
Desempenho económico-financeiro	Custo unitário por dia de internamento	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Custo unitário por doente tratado	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI

REGIÃO	DISTRITO	PRESTADOR	TIPOLOGIA	TITULARIDADE	DATA INÍCIO ACTIVIDADE	Nº DE CAMAS
Norte	Porto	CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA (H. NOSSA SENHORA DA AJUDA - ESPINHO)	Unidade de Convalescença	SNS	18-02-2008	14
Norte	Viana do Castelo	CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO (CS VALENÇA)	Unidade de Convalescença	SNS	19-12-2007	19
Norte	Porto	HOSPITAL N. SRA. CONCEIÇÃO - VALONGO	Unidade de Convalescença	SNS	01-10-2007	23
Norte	Porto	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, EPE	Unidade de Cuidados Paliativos	SNS	18-06-2007	20
Norte	Viana do Castelo	CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO (CS ARCOS DE VALDEVEZ)	Unidade de Convalescença	SNS	18-02-2008	15
Norte	Porto	ULS DE MATOSINHOS, EPE (HOSPITAL PEDRO HISPANO)	Unidade de Convalescença	SNS	01-10-2007	22
Norte	Vila Real	CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO (CS VILA POUCA DE AGUIAR)	Unidade de Convalescença	SNS	27-10-2008	16
Norte	Vila Real	CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO (CS VILA POUCA DE AGUIAR) *	Unidade de Cuidados Paliativos	SNS	27-10-2008	7
Centro	Coimbra	HOSPITAL DO ARCEBISPO JOÃO CRISÓSTOMO - CANTANHEDE	Unidade de Convalescença	SNS	14-05-07	30
Centro	Coimbra	HOSPITAL ARCEBISPO JOÃO CRISÓSTOMO - CANTANHEDE	Unidade de Cuidados Paliativos	SNS	24-09-07	14
Centro	Aveiro	HOSPITAL DR. FRANCISCO ZAGALO - OVAR	Unidade de Convalescença	SNS	14-07-08	20
Centro	Castelo Branco	CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE (HOSPITAL DO FUNDÃO)	Unidade de Cuidados Paliativos	SNS	01-01-07	10
Alentejo	Beja	CENTRO HOSPITALAR BAIXO ALENTEJO, EPE (HOSPITAL DE SÃO PAULO - SERPA)	Unidade de Convalescença	SNS	01-03-07	20
Alentejo	Évora	HOSPITAL ESPÍRITO SANTO - ÉVORA	Unidade de Convalescença	SNS	22-10-07	20
Alentejo	Setúbal	HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO	Unidade de Cuidados Paliativos	SNS	20-06-08	8
Algarve	Faro	CS LOULÉ - HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	Unidade de Convalescença	SNS	08-02-07	20

* Unidade a abrir brevemente



Anexo IX

Tabela de Preços – 2009

Grupos de financiamento	Preços de 2008	Proposta de preços para 2009
Unidade: Euro		
Internamento e ambulatório de GDH Médicos e Cirúrgicos (preço base):		
1	2.396,25	2.396,25
2	2.396,25	2.396,25
3	1.841,56	1.841,56
4	1.936,91	1.936,91
Internamento de doentes crónicos:		
Psiquiatria	85,22	85,22
Ventilados	293,91	293,91
Medicina Física e Reabilitação	247,05	247,05
Hansen	85,22	85,22
Pneumologia	85,22	85,22
Consultas Médicas		
Consultas subsequentes		
1	124,62	124,62
2	110,5	110,5
3	46,27	46,27
4	70,00	70,00
Primeiras consultas		
1	137,08	137,08
2	121,55	121,55
3	50,90	50,90
4	77,00	77,00
Urgência (atendimento)		
1	95,07	95,07
2	137,92	137,92
3	39,35	39,35
4	69,11	69,11
4 **	106,89	106,89
Hospital de dia (sessão)		
Hematologia	368,28	368,28
Infecciologia	517,64	517,64
Imunohemoterapia	368,28	368,28
Psiquiatria	38,26	38,26
Outras sessões	25,27	25,27
Tratamento de doentes em hemodiálise (semana)		
Hemodiálise	547,94	547,94
Diálise Peritoneal	547,94	547,94



Tabela de Preços – 2009 (continuação)

Diagnóstico Pré-Natal		
Protocolo I	41,80	41,80
Protocolo II	71,60	71,60
Interrupção Voluntária da Gravidez ***		
IVG medicamentosa até às 10 semanas	341,00	341,00
IVG cirúrgica até às 10 semanas	444,00	444,00
Novos doentes do VIH em ambulatório (doente/mês)		
	920,00	920,00
Domicílios (consulta)		
	41,53	41,53
Dias de permanência em Lar - IPO		
	78,98	78,98

** Hospitais do grupo 4 com urgência polivalente

